



**Syndicat des étudiant.e.s employé.e.s de l'Université d'Ottawa
Union of Student Workers at the University of Ottawa**

UCU 303, 85 Université / University Private, Ottawa, ON, K1N 6N5
613.562.5345 • info@2626.ca • 2626.ca

DEMANDE DE FRAIS

Le demandeur doit présenter le Formulaire de demande, complété et signé, aux bureaux du SCFP 2626, pièce 303 du Centre Universitaire (85 Université, Ottawa, Ontario K1N6N5) ou par courriel à info@2626.ca.

Il doit également remettre les pièces justificatives suivantes :

- a. Preuve d'assurance
- b. Preuve de paiement

EXPENSE REQUEST

Applicants must submit this Application Form completed and signed to the CUPE 2626 office: Room 303 of the University Center (85 University Private, Ottawa, Ontario, K1N6N5), or by email at info@2626.ca.

They must also submit the following supporting documents:

- a. *Proof of insurance*
- b. *Proof of payment*

NOM DE FAMILLE – SURNAME		PRÉNOMS – GIVEN NAMES		N° D'ÉTUDIANT – STUDENT NO.		N° D'EMPLOYÉ – EMPLOYEE NO.	
CONTRAT LE PLUS RÉCENT COMME MEMBRE DU SCFP 2626 MOST RECENT CONTRACT AS A CUPE 2626 MEMBER				MOIS – MONTH		ANNÉE – YEAR	
SESSION EN COURS CURRENT SEMESTER		<input type="checkbox"/> AUTOMNE FALL		<input type="checkbox"/> HIVER WINTER		<input type="checkbox"/> PRINTEMPS/ÉTÉ SPRING/SUMMER	
						ANNÉE – YEAR	

L'Université remboursera 40,00\$ par année aux membres qui souscrivent à un régime d'assurance santé et/ou dentaire; il est entendu que ce montant est une addition à la couverture à laquelle ils sont admissibles par l'intermédiaire du régime étudiant d'avantages sociaux, ou par l'intermédiaire du plan choisi comme un remplacement admissible. Ce remboursement doit être payé à la suite du dépôt d'une demande de frais accompagnée d'une preuve de paiement frais à l'endroit d'un fournisseur d'assurances et d'une preuve d'assurance valide. La période de couverture admissible à ce remboursement ne doit pas dépasser la durée du contrat du membre.

The University shall provide a reimbursement of \$40.00 per year to members who purchase a health and/or dental insurance plan, understood to be a top up to the coverage they are eligible to receive through the student benefit plan, or a plan selected as an eligible replacement. Such reimbursement shall be paid upon the provision of an expense request with supporting evidence of payment to an insurance provider along with proof of intact coverage. The period of coverage eligible for this reimbursement shall not exceed the length of the member's contract of employment.

FOURNISSEUR D'ASSURANCE
INSURANCE PROVIDER

PREUVE D'ASSURANCE JOINTE
PROOF OF INSURANCE ATTACHED

PREUVE DE PAIEMENT JOINTE
PROOF OF PAYMENT ATTACHED

DATE

(DEMANDEUR)

SIGNATURE

(REQUESTER)

